FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert KUHN

Né le 11 mai 1886 à Rupt-sur-Moselle (Vosges)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne de la Maison départementale de la Seine

L'APPENDICECTOMIE

CHEZ LA FEMME

par l'Incision transversale sus-pubienne

(MÉTHODE DE PFANNENSTIEL)

Président : M. LEJARS, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur LEJARS

Professeur de Pathologie chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Vous nous avez fait l'honneur de présider notre thèse. C'est une marque de bonté que vous ajoutez à celles que vous nous avez maintes fois prodiguées. Nous vous devons beaucoup et ne saurions l'oublier. Veuillez accepter le faible témoignage de notre très grande reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Internat (1910-1913)

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUGIER
Médecin de la Maison départementale de la Seine

MONSIEUR LE DOCTEUR REYMOND
Chirurgien de la Maison départementale de la Seine

MONSIEUR LE DOCTEUR SAPELIER
Médecin de la Maison départementale et de la Crèche de la Seine

Externat (1907-1913)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEJARS
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TEISSIER
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR WIART
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR SERGENT
Médecin des Hôpitaux

A MES AUTRES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHAUFFARD
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WIDAL
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAMPENON
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS
Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER
Chirurgien des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS MARCEL SÉNÉCHAL,

VICTOR DELAUNAY, LEMAITRE,

PAUL LATOUCHE, d'Autun

L'APPENDICECTOMIE
CHEZ LA FEMME
par l'Incision transversale sus-pubienne

INTRODUCTION

Ce fut en 1905, à la consultation du professeur Schwartz, à l'hôpital Cochin, que nous eûmes pour la première fois l'occasion d'observer une cicatrice d'incision transversale. La femme qui portait la trace de cette insision raconta qu'elle avait été ovariotomisée trois mois auparavant par le professeur Pollosson à Lyon. Sa cicatrice était fort belle, à peine visible, et ce fait contrastait tellement avec ce que nous avions observé jusqu'alors chez les opérées où l'incision médiane longitudinale avait été pratiquée, qu'il est resté gravé dans notre mémoire.

La malade venait consulter parce qu'elle souffrait du ventre. Le professeur Schwartz, après l'avoir examinée, émit l'opinion que l'incision transversale n'avait pas permis au chirurgien de faire une opération complète. Cette malade, dont l'état général

était bon, ne revint pas à l'hôpital et nous ne l'avons plus jamais revue.

Plusieurs années se passèrent sans qu'il nous fut donné de revoir l'incision transversale sus-pubienne ou d'en entendre parler dans les hôpitaux que nous fréquentions.

C'est seulement au début de 1911, dans le service de notre maître le Dr Émile Reymond, à la Maison départementale de la Seine, que nous vîmes pratiquer pour la première fois l'incision de Pfannenstiel. Depuis près de trois ans, en effet, le Dr Reymond et son assistant le Dr Sénéchal ont entièrement adopté la nouvelle méthode. Ils emploient l'incision transversale non seulement pour les opérations gynécologiques, mais encore pour toutes les interventions intéressant la région de l'abdomen située au-dessous de l'ombilic et en particulier pour l'appendicectomie.

Pendant le temps que nous avons passé comme interne dans l'intéressant service du Dr Reymond, nous avons donc pu étudier à notre aise l'incision transversale, et c'est pour faire connaître le résultat de notre observation, que nous avons entrepris ce modeste travail. Le Dr Marcel Sénéchal, tant par son extrême obligeance que par ses bons conseils a facilité notre tâche. Nous lui adressons tous nos remerciements.

HISTORIQUE

Les étrangers nous ont beaucoup devancés dans la pratique de la laparotomie par l'incision transversale. Le premier rapport sur ce sujet est celui de Rapin de Lausanne, présenté au Congrès de Gynécologie de Genève, en 1896.

Peu de temps après, Kustner, sans connaître les travaux de Rapin, exposait une technique de laparotomie analogue à celle du chirurgien suisse.

La méthode Rapin-Kustner consistait à inciser horizontalement la peau à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la symphyse, à la limite supérieure des poils ; à séparer la peau de l'aponévrose sous-jacente, puis à terminer l'ouverture de l'abdomen comme s'il s'agissait d'une laparotomie médiane longitudinale (section verticale de l'aponévrose, séparation des muscles droits, ouverture du péritoine).

Cette méthode fit, en Allemagne, quelques adeptes. En France, Pozzi et Segond innovèrent dans leurs services une incision transversale esthétique qui est celle de Rapin-Kustner un peu modifiée. La méthode ne se généralisa pas parce qu'elle présentait des avantages purement esthétiques et que cette seule

considération ne suffisait pas, semble-t-il, à la faire adopter.

En 1900, Pfannenstiel faisait connaître une nouvelle méthode d'incision transversale dont il publiait en même temps les premiers résultats opératoires. Son procédé différait de celui de Rapin-Kustner par une modification considérable. Il incisait la peau et l'aponévrose transversalement. Celle-ci était séparée des muscles droits par décollement ; le péritoine était ouvert comme dans l'incision longitudinale.

La méthode de Pfannenstiel se répandit rapidement ; en Allemagne surtout, elle eut vite acquis une grande vogue et trouva en Schmidt, Schauta, Berthold, Buttner, Krönig, Tiegel, Heil, Menge, de chauds partisans. Un grand nombre de travaux parurent sur la question.

Helskd publie 50 cas, Wagraftik, d'Odessa, 57, Himmelfarb, de Moscou, 70, Schauta 140, Oscar Vertes 150. Pfannenstiel présente au XII[e] Congrès de Gynécologie de Dresde une statistique de 700 cas.

En France, le professeur Pollosson fut un des premiers à employer l'incision de Pfannenstiel. Il consigna ses observations sur la méthode dans un remarquable article (*in Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominales*, 1906). Puis, sur le même sujet, parurent les travaux d'Hartman, de J.-L. Faure et Siredey, de Pol Coryllos, de Sénéchal et Engel ; les thèses de Latrouche, de Rousseau, de Le Guennoc.

Pratiquée au début uniquement pour les opérations de gynécologie, l'incision de Pfannenstiel vit chaque

jour son champ s'agrandir. Plusieurs chirurgiens s'attachèrent à montrer le jour considérable qu'on peut obtenir par cette incision.

En 1907, Fritz Frank, de Cologne, fait savoir qu'il opère par ce procédé, sans difficulté, deux césariennes transpéritonéales, et l'incision transversale devient classique pour pratiquer la section césarienne extra-péritonéale par le procédé de Doderlein et Latzko. En 1906, Schauta pratique facilement par cette voie une splénectomie. Il se déclare partisan convaincu de l'incision de Pfannenstiel pour toutes les opérations intéressant la région de l'abdomen située au-dessous de l'ombilic et en particulier pour la cure radicale des hernies inguinales et de l'appendicite, le professeur Pollosson arrive aux mêmes conclusions.

En Allemagne, beaucoup de chirurgiens se sont ralliés à cette opinion et l'appendicectomie par l'incision transversale y est aujourd'hui de pratique courante.

En France, la méthode de Pfannenstiel est de plus en plus employée pour les opérations gynécologiques ; mais peu de chirurgiens l'utilisent méthodiquement pour l'appendicectomie. Cependant ceux-ci ont maintes fois signalé la facilité avec laquelle ils allaient cueillir l'appendice au cours des interventions qu'ils étaient amenés à pratiquer par l'incision transversale.

D'autre part, les travaux du Dr Dartigues et du Dr E. Reymond ont mis en lumière les avantages de la voie médiane pour la cure de l'appendicite chez la femme.

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

La peau de la région dans laquelle on incise est généralement recouverte de poils. Chez les sujets dont le système pileux est peu développé, la limite supérieure des poils est située à 2 centimètres au-dessus de l'arcade pubienne, de sorte qu'au moins les 5 ou 6 centimètres médians de l'incision sont dans la région pileuse.

Le plus souvent, on peut dire qu'une cicatrice de 10 centimètres est entièrement cachée dans les poils.

Au-dessous de la peau, on trouve dans la région sous-ombilicale, une couche cellulo-adipeuse dont l'épaisseur varie suivant les sujets ; elle paraît atteindre son maximum dans la région sus-pubienne. Ce tissu cellulo-graisseux contient des fibres élastiques assez résistantes, à direction transversale et qui contribuent à la solidité de la paroi abdominale.

On y trouve deux petites artères : l'une est un rameau de la branche ascendante de la hauteuse externe et sort par l'orifice externe du canal inguinal ; elle se dirige en haut et en dedans et l'incision la rencontre à 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane. L'autre est la sous-cutanée abdominale ; elle pro-

vient de la fémorale et se dirige vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. On la sectionne généralement aux deux extrémités de l'incision. Des veines assez grêles accompagnent ces artères ou vont se jeter directement dans la fémorale en traversant le fascia cribriformis. En haut, elles s'anastomosent avec les veines thoraciques.

Les nerfs sont des filets terminaux des grands et petits abdomino-génitaux et des rameaux perforants venant des nerfs lombaires et des derniers intercostaux.

Les lymphatiques se rendent au pli de l'aine. Marey-Sarrazin et Estevanet ont signalé dans la région deux ganglions sus-inguinaux.

Au-dessous de cette atmosphère cellulo-graisseuse, se trouve une aponévrose très puissante formée de plusieurs feuillets et qui constitue la couche la plus résistante de la paroi abdominale. Cette, ou mieux, ces aponévroses sont les tendons d'insertion des muscles grand oblique, petit oblique et transverse. Leurs fibres se dirigent vers la ligne blanche continuant la direction originelle des fibres musculaires, de sorte que celles des obliques se croisent en sautoir et celles du transverse restent horizontales, disposition favorable à la solidité de la ceinture fibreuse. Arrivées au bord externe du droit, ces fibres se fusionnent pour passer au-devant de ce muscle, sauf pour le feuillet postérieur de la gaine du transverse ou *fascia transversalis* qui va former la gaine du droit en arrière.

Sur la ligne médiane ces fibres s'entrecroisent ou se confondent avec celles du côté opposé, contribuant à former la *ligne blanche*.

Celle-ci est une bande fibreuse étendue du sternum au pubis.

Dans sa partie sous-ombilicale elle est linéaire et présente une largeur de 13 milimètres. Elle est renforcée en bas par les ligaments sus-pubiens antérieur et postérieur, lames fibreuses triangulaires insinuées entre les droits et qui s'insèrent en avant et en arrière du pubis. La ligne blanche donne insertion au fascia superficialis et au ligament suspenseur du *clitoris*.

Ces aponévroses précitées, ainsi que la ligne blanche, sont percées de petits orifices qui livrent passage à des petits vaisseaux nourriciers.

Sous les lames aponévrotiques et, en quelque sorte enveloppés par elles, se trouvent, de chaque côté de la ligne médiane, les puissants *muscles grands droits*. Leurs fibres musculaires nées des cinquièmes, sixièmes et septièmes côtes, de l'appendice xyphoïde et du ligament costo-xyphoïdien se dirigent verticalement en bas pour s'insérer au bord supérieur du pubis. Chemin faisant ils présentent des intersections aponévrotiques dont l'inférieure et la plus importante est au voisinage de l'ombilic. Chacun de ces deux muscles a une gaine séparée, qui dans sa partie inférieure, contient de chaque côté de la ligne médiane, *le muscle pyramidal*. Nées de la surface angulaire du pubis, immédiatement au-des-

sous des droits, les fibres de ces deux petits muscles montent obliquement pour se fixer par des fibres tendineuses, dissimulées sous les fibres charnues, aux faces latérales du quart inférieur de la ligne blanche. La face antérieure des pyramidaux adhère assez intimement à la gaine des droits. Cependant elle en est séparée parfois par une lame fibreuse assez résistante. Dans ce cas, le feuillet antérieur des droits s'est dédoublé pour envelopper les pyramidaux.

Les muscles pyramidaux ont un développement très variable suivant les sujets. Pfannenstiel a signalé l'absence totale de ces muscles.

Derrière les grands droits et directement à leur contact se trouvent *l'artère épigastrique* et son anastomose avec la mammaire interne. Ces artères sont situées entre le muscle et le feuillet postérieur de sa gaine ou fascia transversalis. Ce fascia très lâche sépare les droits du *péritoine*. Sur la ligne médiane, la ligne blanche est en contact assez intime avec le péritoine ; cependant, à sa partie inférieure, elle en est séparée par le *fascia prévésical* qui soutient l'ouraque et limite la *cavité de Retzius*.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Préparation de la malade

La préparation de la malade se fait comme dans toute appendicectomie, quant aux soins généraux.

Localement, la préparation de la peau a une importance considérable, l'incision ayant lieu en pleine région pileuse. La veille de l'opération, la malade devra être rasée très attentivement afin d'éviter toute coupure. On fera ensuite un premier badigeonnage de la région sus-pubienne à la teinture d'iode du Codex dédoublée par l'addition de son volume d'alcool à 95 degrés et on recouvrira d'un pansement sec aseptique.

La malade étant endormie et mise sur la table d'opération en position horizontale, on pratique le cathétérisme de la vessie, on enlève le pansement de la veille et on procède à un nouveau badigeonnage à la teinture d'iode.

Il est bon aussi de faire une toilette vaginale. Comme les surfaces cruentées sont larges, nous ne saurions trop recommander d'être d'une asepsie

parfaite. De cette façon seule on obtiendra une réunion par première intention.

On peut varier la disposition des champs ; mais nous conseillons vivement de s'en tenir à la suivante qui est simple et donne une bonne protection de la plaie. C'est celle qui est préconisée par Pol Coryllos et est adoptée à Nanterre dans le service du Dr Reymond. Un grand champ est appliqué sur chacune des cuisses de façon que son bord supérieur remonte au-dessus l'arcade crurale. Le sous-cuisse de la valve de Doyen est mis en place. Puis quatre grands champs, maintenus par des pinces à griffes de homard de Jayle sont disposés de façon à laisser seule visible la région de l'incision sur une largeur de 2 à 3 centimètres. Un cinquième champ, plié en quatre dans sa longueur, est introduit entre le pubis et les branches montantes de la valve de Doyen. Enfin un dernier champ est appliqué sur les cuisses

Incision de la peau

Elle doit être longue de 8 à 12 centimètres suivant les cas, légèrement curviligne, à concavité ouverte en haut. Le milieu de cette incision doit correspondre à la symphyse pubienne et en être distant d'un centimètre.

La section de la peau doit être faite d'un seul coup de bistouri et comprendre le tissu cellulaire sous-cutané de façon que la pointe s'arrête autant

que possible sur l'aponévrose sous-jacente. On est généralement amené à mettre immédiatement quatre pinces hémostatiques sur les quatre petits vaisseaux dont nous avons parlé précédemment, deux dans le voisinage de la ligne médiane, deux vers les extrémités de l'incision. Si celle-ci est grande, on aperçoit, vers ses extrémités, les orifices externes des canaux inguinaux et on peut en profiter pour faire une cure radicale de hernie.

Incision de l'aponévrose

Cette incision peut être pratiquée soit aux ciseaux, soit au bistouri. Ce dernier mode nous paraît préférable. La section doit se faire au ras de la lèvre inférieure cutanée et se poursuivre jusqu'à ses deux extrémités. Elle doit intéresser l'aponévrose dans toute son épaisseur et dans ses différents feuillets, jusqu'au muscle.

Décollement de l'aponévrose

C'est le temps le plus important de l'incision de Pfannenstiel. Plusieurs techniques ont été exposées ; elles ne diffèrent que très peu les unes des autres. Nous avons adopté la suivante qui a l'avantage de ne pas obliger le chirurgien à introduire les doigts dans la plaie : la lèvre supérieure de l'incision

aponévrotique est saisie en son milieu par une bonne pince à griffes tenue de la main gauche ; elle est attirée en haut de façon à tendre les tractus fibreux qui unissent l'aponévrose à la ligne blanche. Ceux-ci sont sectionnés avec la pointe des ciseaux courbes tenus de la main droite. On arrête cette section au niveau du sommet des muscles pyramidaux. Puis, sans déplacer la main gauche, on coiffe les doigts de la main droite d'une compresse, on les insinue entre l'aponévrose et les muscles, dans cette sorte de cavité qu'on vient d'amorcer aux ciseaux, et, par un mouvement de va-et-vient, effectué avec l'extrémité des doigts, on achève le décollement sans difficultés. On maintient la partie supérieure de la plaie réclinée en haut par une pince de Museux et on la protège par un champ.

Ouverture du péritoine

Le temps suivant qui consiste dans la séparation des droits et l'ouverture du péritoine est commun à toutes les laparotomies médianes sous-ombilicales. Nous n'en dirons donc que peu de chose : les droits sont séparés prudemment à la sonde cannelée, le péritoine est ouvert au bistouri entre deux pinces dans la partie supérieure de l'incision, afin d'éviter de blesser la vessie. L'index et les médius sont introduits dans la cavité péritonéale et l'incision de la séreuse est prolongée en bas jusqu'à la vessie, aux

ciseaux, en se servant de ces doigts comme guide et comme protecteur. Les bords du péritoine sont repérés par des pinces et les bords de la plaie sont soigneusement protégés par des champs. Il ne reste plus qu'à placer les écarteurs. Dans les cas simples l'écarteur de Gosset suffit. S'il en était autrement, il serait toujours facile de mettre la valve de Doyen dont le sous-cuisse est en place.

Recherche et ablation de l'appendice

Lorsque le ventre est ouvert, on procède à la recherche de l'appendice. Pour la faciliter, nous conseillons de donner au corps de la malade une position telle que le tronc soit légèrement fléchi sur le bassin. Généralement toutes les tables d'opérations modernes permettent d'obtenir cette inclinaison. Dans le cas où il n'en serait pas ainsi, il suffirait de placer un oreiller sous les épaules de la malade. Cette disposition produit le relâchement des droits dont on peut obtenir un plus grand écartement.

Le plus souvent on découvrira facilement l'appendice par la simple inspection de la cavité abdominale. Assez fréquemment cependant il n'est pas visible immédiatement, soit à cause de sa situation, soit en raison de ses adhérences. Dans ce cas, le cæcum, qui est toujours très facilement accessible, sera attiré vers le milieu du champ opératoire et la recherche de l'appendice, effectuée à ciel ouvert, se fera encore

avec aisance ; toutefois, avant de procéder à cette recherche, nous conseillons de protéger soigneusement, à l'aide de champs, les autres organes abdominaux et, lorsque l'appendice apparaît libre, de l'isoler très soigneusement ainsi que le cæcum, par l'addition d'un nouveau champ. Ensuite on procède à son ablation suivant la technique habituelle sur laquelle nous n'insisterons pas (ligature et section du méso-appendice, puis de l'appendice, enfouissement du moignon). Ces opérations terminées, on remplace les champs protecteurs par un champ unique, interposé entre la grande cavité abdominale et le bassin et on passe à l'examen des organes pelviens. On peut mettre alors la valve de Doyen, basculer la malade en position de Trendelenbourg et pratiquer les interventions auxquelles on jugera utile de procéder et dont la description ne saurait être faite ici.

Les écarteurs étant enlevés, on referme rapidement.

Fermeture de l'abdomen

On suture d'abord le péritoine par un surjet au catgut n° 0. Pour ce faire, on saisit les bords de la séreuse par quatre pinces à forcipressure (deux de chaque côté) et sous celles-ci, tenues de la main gauche on mène le surjet.

Les muscles droits sont ensuite rapprochés par 4 ou 5 points séparés au catgut n° 2. L'aiguille passera en plein muscle et non au bord et on évitera de

trop serrer les fils en les nouant. Les muscles pyramidaux sont suturés au catgut par un point voisin de leur sommet.

Après s'être bien assuré que l'hémostase des muscles ne laisse rien à désirer on rabat le volet aponévrotique dont on va faire la suture. Celle-ci doit être particulièrement soignée : elle consiste en un surjet au catgut n° 1 dont les points seront très peu distants les uns des autres. L'aiguille doit prendre toute l'épaisseur de l'aponévrose et l'affrontement doit être aussi parfait que possible. Ce résultat est d'ailleurs assez facile à obtenir car l'aponévrose ne se rétracte pas et les poussées intra-abdominales n'ont aucune action sur elle. Avant de nouer le point d'arrêt du surjet, il est bon d'exercer une pression sur la paroi abdominale afin de chasser l'air qui se trouve entre le muscle et l'aponévrose. La pression atmosphérique maintient ensuite l'accolement des deux surfaces musculaires et aponévrotiques.

La suture de la peau se fait soit aux crins de Florence, soit aux agrafes de Michel. Si l'on veut obtenir une belle cicatrice, à peine visible, nous conseillons d'employer le procédé suivant, préconisé par Dartigues :

On commence par suturer le tissu cellulaire sous-cutané par 5 ou 6 points séparés au catgut passant tout près de la surface cutanée. On obtient ainsi un rapprochement considérable des lèvres de plaie. Puis, quelques agrafes seront placées avec soin et

achèveront de donner une coaptation parfaite des bords de l'incision.

La moitié des agrafes sera enlevée au deuxième jour et le reste au cinquième.

Remarque. — Si l'on a été amené à mettre un drain abdominal, celui-ci ne peut sortir que par le milieu de l'incision, à moins qu'on n'ait pratiqué une contre-ouverture. En effet, ce drain traverse le péritoine et les muscles à la partie inférieure de la ligne blanche, l'aponévrose et la peau, à la partie médiane de leurs sutures respectives. Il passe donc à l'intersection des deux lignes d'incision qui correspond au milieu de l'incision cutanée.

SUITES OPÉRATOIRES ET COMPLICATIONS

Morbidité et mortalité

Les soins à donner aux malades sont les mêmes que pour toutes les autres laparotomisées.

L'ablation des crins se fait au neuvième jour et celle des agrafes placées selon le procédé indiqué précédemment, au deuxième et au cinquième jour.

L'absence de tiraillements sur la cicatrice à l'occasion des mouvements permet de lever les malades de bonne heure. Pour une appendicectomie simple, on peut les asseoir au cinquième ou au sixième jour dans un fauteuil et les faire marcher au neuvième ou au dixième jour. Dans le tableau inséré plus loin on verra des malades quitter l'hôpital guéries le quatorzième jour.

Parmi les complications qui peuvent survenir nous n'aurons à envisager que celles qui proviennent du fait de l'incision transversale.

La plus fréquente, quoique rare, est due à la formation d'un hématome situé entre l'aponévrose et les droits. Elle est produite par une hémostase insuffisante.

L'hématome se constate en enlevant le premier

pansement. Il se traduit par une tuméfaction dure et un peu douloureuse située au-dessus de la cicatsice et, s'il suppure, par une élévation de température. Lorsque le sang épanché est peu abondant, il se résorbe en général assez rapidement en six à dix jours. Assez souvent, sans suppurer, il s'évacue spontanément au dehors par un petit pertuis situé sur un point où la suture de la peau est moins parfaite. Il s'écoule alors une quantité variable de sérosité rougeâtre et le petit orifice se referme immédiatement pour ne plus se rouvrir. Nous avons observé ce fait huit fois sur 13 cas d'hématomes diagnostiqués et, chaque fois, l'évacuation s'est produite avant le douzième jour.

Nous n'avons jamais vu d'hématome aboutir à la suppuration franche. Celle-ci serait due à une faute d'asepsie. La suppuration que nous avons observée provenait des lésions ayant nécessité le drainage. Dans ce cas, le fait de l'incision transversale n'assombrit nullement le pronostic : la plaie se draine très bien et, contrairement à ce qu'on pourrait croire, nous n'avons jamais vu se former sous l'aponévrose des clapiers où le pus se soit accumulé. La suppuration a pour résultat de détruire l'esthétique de la cicatrice et de favoriser pour plus tard la formation d'une hernie éventration.

Au point de vue morbidité et mortalité, nous ne pourrions mieux faire que de rappeler les statistiques comparatives de Pfannenstiel :

Suppuration de la plaie

Incision transversale	5,6	o/o
Incision longitudinale	6,6	o/o

Hernies après réunion par première intention

Incision transversale	o	o/o
Incision longitudinale	8,9	o/o

Hernies après réunion par deuxième intention

Incision transversale	0,94	o/o
Incision longitudinale	31	o/o

Dans le service de notre maître le Dr Reymond, nous avons réuni 149 observations d'incision transversale pour interventions diverses, cent seize fois l'appendicectomie a été pratiquée ; dix-neuf fois seulement l'opération n'a porté que sur l'appendice.

Ces 116 appendicectomies ont donné les résultats suivants :

Drainage : 20 cas.		
Suppuration : 7 cas	5,9	o/o
Hématomies diagnostiquées : 10 cas	8,4	o/o
Éventration par réunion par première intention : o cas	o	o/o
Éventration par réunion par deuxième intention : 1 cas	0,84	o/o
Décès, 4 cas.		
1 par collapsus cardiaque 2 par péritonite 1 par urémie	3,4	o/o

Cette statistique se rapproche beaucoup de celle de Pfannenstiel.

Nous avons, d'autre part, recueilli 5 observations d'appendicite avec abcès pelvien opérées par l'incision transversale. Quatre malades ont guéri, le cinquième est mort au neuvième jour d'urémie.

AVANTAGES DE L'INCISION DE PFANNENSTIEL

Les avantages de la méthode apparaissent nombreux : ils tiennent à deux faits principaux : 1° à la situation médiane de l'incision ; 2° aux directions perpendiculaires des lignes d'incision.

La situation médiane de l'incision se traduit par des avantages qui ont été mis en lumière depuis longtemps.

A ce sujet nous ne saurions mieux faire que répéter les paroles du Dr Emile Reymond, au XXIe Congrès de l'Association des chirurgiens français :

» 1° Si l'appendice présente une disposition classique, l'intervention est aussi facile par la voie médiane que par la voie latérale ; si la disposition est anormale, la voie médiane a plus de chances de faciliter l'accès des lésions. Les foyers secondaires sont d'un accès incomparablement plus aisé ;

« 2° L'incision médiane facilite plus que toute autre l'abord des lésions qui peuvent coïncider avec l'appendicite ; chez la femme, elle permet l'exploration des organes génitaux, l'intervention en cas de lésions soupçonnées ou demeurées latentes. Au cas possible

où la lésion attribuée à l'appendicite dépend des annexes, l'incision médiane enlève toute gravité à l'erreur de diagnostic.

» Cette erreur de diagnostic est souvent excusable et peut se présenter dans les conditions les plus inattendues.

» Nous pouvons citer le cas d'une malade ayant induit en erreur sa famille et son médecin, de telle façon que celui-ci fit le diagnostic d'appendicite aiguë, puis de péritonite généralisée ; transportée dans notre service, elle y fut opérée d'urgence : l'incision médiane nous fit constater une perforation utérine, suite de manœuvres abortives. »

Les faits qu'il nous a été donné d'observer dans le service du Dr Reymond prouvent l'exactitude de ces arguments.

Sur les 116 observations d'appendicectomie que nous rapportons, cinquante fois seulement, ce sont les symptômes d'appendicite qui ont motivé l'opération. Dans 31 cas, on a été amené à intervenir du côté des organes génitaux pour des lésions existant en même temps que l'appendicite.

Ces observations se répartissent ainsi :

9 salpingectomies droites ;
2 salpingectomies gauches ;
7 hystéropexies ;
10 cautérisations d'ovaires scléro-kystiques ;
1 ablation d'un kyste paro-varien ;
1 ablation d'un petit fibrome utérin sous péritonéal.

Cette statistique nous montre que les lésions annexielles existent fréquemment en même temps que l'appendicite. Parmi ces lésions, la salpingite droite se rencontre beaucoup plus souvent que la salpingite gauche.

Il est donc logique de penser que l'infection appendiculaire se propage quelquefois à la trompe la plus voisine.

Le professeur Kirmisson a montré que les salpingites des fillettes étaient presque toujours produites par des lésions de l'appendice.

Nous avons observé deux cas où l'origine appendiculaire de la salpingite droite n'était pas douteuse. Chez une jeune fille de dix-sept ans, vierge, l'appendice, plongeant dans le bassin, était entouré d'adhérences contenant le pavillon de la trompe droite. Dans le deuxième cas, l'appendice, très long, était relié par son extrémité, et au moyen d'une petite bride fibreuse, à la trompe droite. Celle-ci, sinueuse et congestionnée dut être enlevée en même temps que l'appendice malade.

Ces lésions salpingiennes sont le plus souvent diagnostiquées ou tout au moins soupçonnées. Il arrive cependant que l'examen clinique soit insuffisant à nous renseigner : témoin cette salpingite tuberculeuse que rien ne faisait prévoir et qui fut découverte au cours d'une appendicectomie (obs. p. 56).

De même, l'existence de ce kyste paro-varien de la grosseur d'un œuf de dinde (obs. p. 58) et de ce

petit fibrome pédiculé ne nous fut révélée que sur la table d'opération. Ces néoplasmes seraient certainement passés inaperçus si l'appendicectomie avait été pratiquée par une petite ouverture latérale.

L'incision transversale sus-pubienne nous montre toujours ces lésions que l'examen cliniqne est quelquefois impuissant à nous faire découvrir. Elle nous permet en même temps d'y porter remède. Nous sommes donc en droit de dire que, par la voie médiane transversale, l'appendicectomie est une opération plus complète que par la voie latérale ; elle est aussi moins dangereuse.

En effet, maintes fois nous avons pu voir à l'hôpital, comme à la maison de santé, le chirurgien aux prises avec de réelles difficultés pour procéder, par la voie latérale, à la libération d'un appendice adhérent ; l'incision qui doit être petite afin de conserver ses avantages d'esthétique et de solidité ne permet guère l'introduction que de trois doigts qui travaillent dans l'ombre. Ils rompent de proche en proche des adhérences qui saignent quelquefois beaucoup et dont l'hémostase est souvent très pénible. Puis on constate que ces doigts ont brusquement ouvert un ancien abcès contre lequel le reste de l'abdomen n'est nullement protégé. Enfin, lorsqu'on croit attirer au dehors un appendice entier, on s'aperçoit qu'il s'est déchiré et que son extrémité est restée emprisonnée dans les adhérences. Il est vrai que l'incident ne comporte pas toujours un sévère pronostic et qu'un bon drainage arrangera

les choses. Mais combien plus simple et plus sûre est une intervention à ciel ouvert ! Avec l'incision transversale, on peut obtenir un jour relativement considérable qui permet de protéger les autres organes abdominaux avant même de s'attaquer au foyer appendiculaire. La rupture des adhérences, l'hémostase, l'isolement de l'appendice se font alors sous le contrôle de la vue. L'opération devient donc plus facile pour le chirurgien et moins dangereuse pour la malade.

Ainsi que le fait remarquer le Dr Reymond, le drainage gagne également à être fait par l'incision médiane. On peut mieux placer le drain et si besoin en est, on peut établir le drainage rectal. Le Dr Sénéchal vient, sur ce sujet, de publier cinq observations des plus instructives.

Les avantages que nous venons de citer sont communs à toutes les incisions médianes. L'incision transversale de Pfannenstiel présente pour l'appendicectomie, une supériorité à deux autres points de vue :

1° Elle permet d'explorer plus aisément les parois latérales de l'abdomen, ce qui a une grande importance dans une cure radicale d'appendicite ;

2° Les anses intestinales ont moins tendance à s'extérioriser sous l'influence des poussées de la malade ; leur protection est donc plus facile et leur refroidissement moins à craindre.

Les autres avantages de la méthode de Pfannenstiel se traduisent du côté de la cicatrice : ce sont des avantages éloignés.

La cicatrice de l'incision transversale est plus solide que celle de toutes les autres laparotomies théoriquement et pratiquement.

En effet, une poussée intra-abdominale s'exerce sur les droits et a pour résultantes des forces qui tendent à projeter ces muscles en avant et à les écarter dans le cas où un vide se produirait entre eux. Or, ces muscles sont solidement maintenus en place par la forte sangle aponévrotique abdominale qui est tendue comme une ceinture, en avant de l'abdomen.

L'incision n'a pas altéré la résistance de cette sangle puisque ses fibres ont été sectionnées parallèlement à leur direction et dans leur partie inférieure, c'est-à-dire dans une région ou la poussée est moins forte. Les efforts n'ont pour résultat que de la tendre davantage ; le seul mouvement qui pourrait peut-être amener l'écartement des lèvres de l'incision aponévrotique serait celui de projection du tronc en arrière. Or, c'est un mouvement qu'on n'a guère à redouter avant que la cicatrisation soit effectuée.

Il existe cependant un endroit, bien petit il est vrai, où la paroi abdominale nous apparaît moins solide. Cet endroit, point faible du Pfannenstiel, est situé à l'intersection des lignes d'incision de l'aponévrose et des droits. Il est placé près du pubis et par conséquent loin du centre des poussées intra-abdo-

minales : C'est à son niveau, pourtant, que se feront les hernies post-opératoires.

L'expérience prouve l'exactitude des faits théoriques que nous venons d'exposer. En effet, nous avons recherché dans la littérature médicale les statistiques des opérations pratiquées par l'incision de Pfannenstiel. Nous avons réuni 2978 cas s'échelonnant sur plus de dix années, sept hernies seulement ont été signalées par Pankow, Prochownick, Himmelfarb et Pfannenstiel. Nous n'avons nous-même observé qu'un seul cas d'éventration sur 149 incisions transversales. Il s'agissait d'une malade hystérectomisée, drainée et qui avait suppuré pendant longtemps.

En résumé, sur 3127 laparotomies par incision transversale, il s'est produit 8 hernies, ce que nous traduirons de la façon suivante :

Hernies après réunion par 1re intention : 0..... 0 o/o
Hernies après réunions par 2e intention : 8..... 0,250/o

Comparons ces résultats à ceux que donnent les autres procédés de laparotomie : les bonnes statistiques mentionnent :

Incision médiane

Hernies après réunion par 1re intention..... 8 o/o
Hernies après réunion par 2e intention..... 30 o/o

Incisions latérales

Hernies après réunion par 1re intention..... 0,30 o/o
Hernies après réunion par 2e intention..... 15,20 o/o

Nous sommes donc autorisés à dire qu'au point de vue de la solidité de la cicatrice, l'incision de Pfannenstiel semble être la meilleure de toutes les incisions pratiquées jusqu'alors.

Un dernier avantage du procédé de Pfannenstiel consiste dans le peu de visibilité de la cicatrice. Dans la plupart des cas, en effet, la trace de l'incision devient absolument invisible à la simple inspection, très peu de temps après l'opération. La cicatrice est cachée dans les poils et, bien souvent, chez les femmes grasses, elle se loge dans un repli naturel de la peau qui la dissimule davantage.

FIG. 1

(Cliché obligeamment prêté par la *Gazette médicale de Paris.*)

FIG. 2

(Cliché obligeamment prêté par la *Gazette médicale de Paris.*)

Fig. 3

(Cliché obligeamment prêté par la *Gazette médicale de Paris.*)

Fig. 4

(Cliché obligeamment prêté par la *Gazette médicale de Paris.*)

INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE

On a adressé plusieurs reproches a l'incision transversale de Pfannenstiel. Les arguments généralement invoqués contre elle sont, pour la plupart, théoriques et l'expérience de plusieurs années a montré qu'ils ne sont nullement fondés.

On a prétendu que le décollement de l'aponévrose entraînait dans sa nutrition des troubles pouvant aboutir à la nécrose. Or les anatomistes confessent que nous ne connaissons pas la façon exacte dont se nourrit cette aponévrose : d'autre part, s'il existe réellement des troubles de sa nutrition consécutifs au décollement, ceux-ci ne se sont jamais traduits extérieurement par une complication quelconque. Nous dirons de même que la nécrose du feuillet aponévrotique, tant redoutée par Krœnig, n'a jamais été observée.

On a reproché à l'incision transversale de donner une ouverture insuffisante pour permettre de pratiquer facilement les opérations gynécologiques. Cet argument, tant de fois réfuté, ne saurait être invoqué contre la même incision faite en vue d'une appendi-

cectomie, alors que les incisions latérales généralement employées sont de moindres dimensions. Tout au plus, pourrait-on lui faire le reproche d'être située un peu loin du foyer appendiculaire. Mais là encore nous ferons remarquer que cet éloignement est beaucoup plus apparent que réel. En effet, le foyer appendiculaire n'a pas de situation fixe : celle-ci dépend essentiellement de la disposition très variable de l'appendice. D'autre part, si l'incision de la peau est faite à la partie tout inférieure de la paroi abdominale, par contre celle des muscles et du péritoine peut remonter jusqu'à l'ombilic et permettre, grâce à l'élasticité de la peau, l'exploration visuelle de toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen. Nous ne serons donc pas étonnés de voir Schauta opérer par la voie transversale sus-pubienne des tumeurs remontant jusqu'au rebord costal. Nous rapportons plus loin les observations de deux cas où l'appendice s'insinuant sous le foie fut isolé très facilement.

Il est fréquent d'entendre dire que la technique de l'incision transversale est longue et compliquée. Or, pour un chirurgien exercé, l'ouverture de l'abdomen par ce procédé ne demande pas plus d'une minute. Certes, moins simple que l'incision médiane verticale, l'incision de Pfannenstiel n'est pourtant pas plus compliquée que les incisions de Max Schüler, Battle et Jalaguier.

La fréquence de la formation d'un hématome situé entre l'aponévrose et les muscles est un reproche plus mérité que les précédents ; nous l'avons obser-

vée treize fois sur 149 malades opérées par l'incision transversale. C'est une complication des plus bénignes et, dans la plupart des cas, la consolidation de la cicatrice n'en est pas retardée. Du reste, on peut arriver à l'éviter par une hémostase attentive. Pour terminer, nous parlerons d'un dernier grief fait à l'incision transversale: la difficulté du drainage. Cette difficulté, ainsi que le fait remarquer Pol Coryllos est plus apparente que réelle. Pour notre part, nous n'avons jamais observé le plus petit inconvénient à faire passer le drain au milieu de l'incision cutanée. De même, par cette ouverture, nous avons vu faire à multiples reprises, le grand drainage abdominal par trois drains, deux plongent dans les fosses iliaques, le troisième dans le douglas et tous sortent au milieu de l'incision.

TABLEAU

comprenant 116 cas où l'appendicectomie fut pratiquée par l'incision tranversale de Pfannenstiel

AGE	DATE de l'opération	OPÉRATION	OBSERVATIONS	DATE de la sortie
22 ans	3 août 1911	Appendicectomie. Hystéropexie.	Hématome.	23 sept. 1911
39 —	5 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	Un drain vaginal. Suites opératoires excellentes.	31 août 1911
17 —	8 —	Appendicectomie. Salpingectomie droite. Hystéropexie.		31 —
29 —	16 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	Lever au quatorzième jour.	13 sept. 1911
28 —	17 —	id.	Lever au treizième jour.	13 —
23 —	18 —	Salpingectomie gauche. Appendicectomie.	Hématome évacué spontanément au neuvième jour.	24 —
21 —	21 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	Un drain adominal pendant deux jours.	24 —
28 —	29 —	Appendicectomie. Hystéropexie. Cautérisation des ovaires sclérokystiques.		9 oct. 1911
35 —	14 sept. 1911	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		5 —
31 —	15 —	Appendicectomie.	Lever au dixième jour.	5 —
44 —	16 —	Salpingectomie droite. Appendicectomie.	Lever au quatorzième jour.	12 —
27 —	19 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	Lever au douzième jour.	8 —

AGE	DATE de l'opération	OPÉRATION	OBSERVATIONS	DATE de la sortie
39 ans	21 sept. 1911	Appendicectomie. Cautérisation des ovaires scléro-kystiques.	Lever au douzième jour.	12 oct. 1911
24 —	28 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	id.	19 —
36 —	14 oct. 1911	id.	Un drain vaginal.	4 nov. 1911
18 —	16 —	Appendicectomie.	Appendice contenant trois oxyures.	9 —
28 —	20 oct. 1911	Hystérectomie subtotale pour grossesse extra-utérine rompue. Appendicectomie.	Un drain abdominal. Suppuration profonde.	10 déc. 1911
46 —	21 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	Appendice contenant des oxyures.	12 nov. 1911
				12 —
				23 —
23 —	23 —	id.		28 janv. 1912
27 —	31 —	Appendicectomie.		20 fév. 1912
17 —	2 janv. 1912	id.		
27 —	29 —	id.		
27 —	7 fév. 1912	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		28 —
32 —	14 —	Appendicectomie. Cautérisation des ovaires scléro-kystiques.	Hématome	21 mars. 1912
22 —	22 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		16 —
				21 —
34 —	29 —	id.		
17 —	5 mars 1912	id.	Hématome évacué spontanément au dixième jour.	31 —
				11 avril 1912
28 —	13 —	id.		
29 —	19 —	Appendicectomie. Salpingectomie droite.		12 —
29 —	25 —	id.	Revue le 24 mai 1913 : cicatrice absolument invisible.	25 —
21 —	12 avril 1912	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		9 mars 1912

AGE	DATE de l'opération	OPÉRATION	OBSERVATIONS	DATE de la sortie
50 ans	19 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	Un gros drain abdominal. Suppuration profonde.	9 juin 1912
42 —	20 —	id.		25 mai 1912
35 —	23 —	id.	Un drain abdominal et un drain vaginal. Suppuration profonde. Phlébite de la jambe droite.	26 —
39 —	3 mai 1912	id.	Hématome. Appendice contenant un trichocéphale	6 juin 1912
36 —	9 —	id.		29 mai 1912
40 —	10 —	id.		30 —
22 —	8 juin 1912	id.	Un drain pendant deux jours.	1er juill. 1912
29 —	11 —	Appendicectomie. Cautérisation des ovaires scléro-kystiques.	Lever au onzième jour.	27 juin 1912
24 —	5 juill. 1912	Appendicectomie.		25 juill. 1912
21 —	8 —	Appendicectomie. Hystéropexie. Cautérisation des ovaires.		4 août 1912
37 —	13 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	Un drain abdominal. Suppuration profonde.	1er sept. 1912
22 —	3 août 1912	Appendicectomie. Salpingectomie droite. Cautérisation de l'ovaire gauche.		1er —
33 —	8 —	Appendicectomie.	Lever au neuvième jour.	23 août 1912
30 —	10 —	Appendicectomie. Salpingectomie gauche.	Lever au dixième jour.	31 —
18 —	17 —	Appendicectomie. Cautérisation des ovaires.		8 sept. 1912
22 —	20 —	Appendicectomie.		12 —
28 —	2 sept. 1912	Appendicectomie. Salpingectomie gauche.	Décédée le 13 septembre de péritonite.	
33 —	10 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		2 oct. 1912

AGE	DATE de l'opération	OPÉRATION	OBSERVATIONS	DATE de la sortie
18 ans	18 sept. 1911	Appendicectomie.		5 —
25 —	21 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		15 —
32 —	28 —	id.	Hématome évacué spontanément au onzième jour.	29 —
8 1/2	1er oct. 1912	Appendicectomie.	Lever au neuvième jour.	15 —
27 —	3 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		19 —
29 —	5 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		26 —
18 —	11 oct. 1912	id.	Fièvre typhoïde pendant sa convalescence ; passe en médecine dont elle sort guérie.	
27 —	15 —	Appendicectomie. Hystéropexie. Cautérisation des ovaires.		3 nov. 1912
46 —	16 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		16 —
21 —	21 —	Appendicectomie. Cautérisation des ovaires.	Hématome évacué spontanément au 10e jour.	11 —
30 —	22 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		12 —
43 —	11 nov. 1912	Hystérectomie totale. Appendicectomie.		21 déc. 1912
19 —	22 —	Appendicectomie.		13 —
33 —	25 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		12 —
50 —	26 —	id.		22 —
36 —	6 déc. 1912	id.		22 —
31 —	10 —	Hystéropexie. Appendicectomie. Cautérisation des ovaires.		29 —
40 —	12 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		31 —

AGE	DATE de l'opération	OPÉRATION	OBSERVATIONS	DATE de la sortie
43 ans	24 janv. 1913	Appendicectomie. Ablation d'un kyste paro-varien.		13 fév. 1913
21 —	27 —	Hystérectomie subtotale, Appendicectomie.	Un drain abdominal. Décédée le 30 janvier 1913 de péritonite.	
43 —	5 fév. 1913	Appendicectomie. Cautérisation des ovaires.		24 —
34 —	7 —	Ablation de la trompe gauche qui est le siège d'une grossesse ectopique. Appendicectomie.	Hématome.	9 mars 1913
34 —	9 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	Un drain abdominal. Décédée le 11 février de collapsus cardiaque.	
34 —	12 fév. 1913	Appendicectomie.		27 fév. 1913
20 —	13 —	id.	Hématome.	31 mars 1913
11 —	14 —	id.		27 fév. 1913
40 —	10 mars 1913	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		30 mars 1913
29 —	14 —	Appendicectomie. Ablation de l'ovaire droit. Cautérisation de l'ovaire gauche.		3 avr. 1913 15 —
34 —	18 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		
7 —	21 —	Appendicectomie.	Décédé le 24 mars d'urémie.	
22 —	25 —	Salpingectomie droite. Appendicectomie.	Un drain abdominal. Suppuration.	29 —
25 —	31 —	Appendicectomie.		20 —
19 —	3 avril 1913	id.		20 —
31 —	9 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		8 mai 1913
45 —	22 —	id.	Un drain abdominal. Suppuration profonde.	1er juin 1913
43 —	3 mai 1913	Appendicectomie.		25 mai 1913

AGE	DATE de l'opération	OPÉRATION	OBSERVATIONS	DATE de la sortie
26 ans	15 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	Un drain abdominal. Suppuration.	30 juin 1913
18 —	10 juin 1913	Appendicectomie.		28 —
63 —	10 —	id.	Un drain pendant vingt-quatre heures.	3 août 1913
9 —	14 —	id.		5 juillet 1913
35 —	21 —	Appendicectomie. Cautérisation des ovaires.		10 —
18 —	21 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	Un drain abdominal. Passe en médecine pour fièvre typhoïde le 29 juillet 1913.	
13 —	23 —	Appendicectomie.		19 —
19 —	26 —	Appendicectomie. Salpingectomie droite. Hystéropexie.	Hématome évacué spontanément le neuvième jour, lever le dixième jour.	8 —
27 —	25 juil. 1913	Appendicectomie. Cautérisation des ovaires.		15 août 1913
14 —	29 —	Appendicectomie.		13 —
21 —	4 août 1913	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	Un drain abdominal.	4 sept. 1913
30 —	7 —	Id.	Un drain abdominal. Suppuration légère.	28 août 1913
25 —	8 —	Id.	Un drain abdominal pendant deux jours.	28 —
31 —	11 —	Id.		3 sept. 1913
25 —	23 —	Appendicectomie. Hystéropexie.		5 —
17 —	30 —	Appendicectomie.		11 —
20 —	4 sept. 1913	Appendicectomie. Cautérisation de l'ovaire gauche.		28 —
33 —	10 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.	Un drain pendant quarante-huit heures.	1er oct. 1913
28 —	12 —	Appendicectomie. Salpingectomie droite.		5 —

AGE	DATE de l'opération	OPÉRATION	OBSERVATIONS	DATE de la sortie
29 ans	16 —	Appendicectomie. Cautérisation des ovaires.		3 oct. 1913
22 —	17 —	Appendicectomie. Salpingectomie droite.		9 —
29 —	23 —	Appendicectomie. Ablation d'un petit fibrome utérin sous-péritonéal.		19 —
40 —	27 —	Appendicectomie. Salpingectomie droite.		16 —
15 —	27 —	Appendicectomie.	A présenté un abcès pelvien incisé et drainé par le rectum le 1er septembre 1913.	23 —
18 —	30 —	Création d'un vagin artificiel à l'aide d'une anse grêle. Ablation d'un rudiment d'utérus didelphe et des annexes. Appendicectomie.		31 oct. 1913
28 —	14 oct. 1913	Appendicectomie. Cautérisation des ovaires. Hystéropexie.		6 nov. 1913
27 —	18 —	Appendicectomie. Salpingectomie droite.	Drain pendant deux jours.	14 —
25 —	20 —	Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.		
25 —	24 —	id.	Passe en médecine le 18 novembre pour fièvre typhoïde.	
30 —	28 —	id.		16 —
50 —	5 nov. 1913	id.		26 —

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

Appendicite à forme chronique. — Appendicectomie classique

H. Marguerite, vingt-sept ans.

Entrée à la maison de Nanterre, le 15 janvier 1912.

Réglée à onze ans.

Mariée à dix-sept ans.

Deux enfants vivants.

Il y a un an, fait une fausse couche de deux mois et demi.

Depuis cette époque souffre presque constamment du ventre, principalement du côté droit et surtout au moment des règles. Celles-ci sont devenues plus abondantes. Vomissements fréquents après le repas. Constipation habituelle. Amaigrissement très notable.

16 janvier. — *Examen.* — Toucher : col à droite et non perméable, regardant en bas et un peu en avant. Utérus dévié à droite.

Cul-de-sac latéral droit : un peu douloureux.

Cul-de-sac latéral gauche : libre.

Cul-de-sac postérieur : libre.

Palpation : douleur très nette réveillée par la pression au point de Mac Burney, un peu de défense musculaire.

29 janvier 1912. — *Opération.* — Incision de Pfannenstiel.

L'appendice est découvert facilement, son extrémité est très adhérente à la paroi profonde. Libération de l'appendice et rupture des adhérences, à la compresse. Section de l'appendice.

Enfouissement en bourse du moignon.

Utérus et annexes paraissent sains.

Fermeture.

Suites opératoires excellentes. Ablation des fils au deuxième jour. Lever au quartorzième jour, sortie le 20 février 1912.

OBSERVATION II (Personnelle)

Appendicectomie après une crise d'appendicite aiguë. — Appendice très adhérent. — Lever au onzième jour. — Sortie au seizième jour.

C. Amélie, vingt-neuf ans.

Rien de particulier dans ses antécédents.

A eu une crise d'appendicite aiguë avec fièvre, soignée en ville au mois de mai 1912. Entre à la maison de Nanterre le 7 février 1912, envoyée par son médecin.

La palpation réveille encore une légère douleur au point de Mac Burney, mais on ne constate pas de défense musculaire.

Le toucher ne révèle rien de particulier du côté des organes génitaux.

Apyrexie.

Opération le 11 juin 1912. — Incision de Pfannenstiel de 8 centimètres.

On arrive facilement à l'appendice rétro-cæcal qui est fixé au cæcum par un méso très court et des adhérences nombreuses et serrées. Dissection difficile aux ciseaux. Hémostase pratiquée au fur et à mesure. Ablation de l'appendice et enfouissement rendu imparfait en raison de la grande surface dénudée.

Les ovaires scléro-kystiques sont ponctionnés au thermo-cautère.

L'utérus et les trompes paraissent sains.

Fermeture sans drain.

Suites opératoires excellentes.

Ablation des fils profonds au sixième jour et des fils superficiels au neuvième jour.

Lever au onzième jour.

Sort guérie le seizième jour.

OBSERVATION III (Personnelle)

Ablation classique d'un appendice plongeant dans le bassin. Hystéropexie. — Cautérisation des ovaires.

D... Yvonne, vingt et un ans.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Rougeole à douze ans.

Réglée à quatorze ans.

Il y a trois ans, avortement de trois mois et demi.

Il y a treize mois, accouchement normal à terme d'un enfant bien portant.

Règles régulières douloureuses au début. Constipation.

Crise d'appendicite soignée en ville, il y a un mois.

Entre à la maison de Nanterre le 4 juillet, envoyée par son médecin, pour se faire opérer.

Examen. — Douleur à la palpation au point de Mac Burney.

Toucher : un peu de cystocèle.

Utérus en rétroflexion.

Annexes droites douloureuses non empâtées.

Apyrexie, état général assez bon.

8 juillet 1912. — *Opération.* — Incision de Pfannenstiel de 8 centimètres.

Appendice long plongeant dans le bassin. Section et enfouissement.

Ovaires scléro-kystiques ponctionnés au thermo-cautère.

Hystéropexie par trois catguts passés dans l'utérus et les muscles droits et liés après fermeture du péritoine.

Suture de la paroi.

Suites opératoires satisfaisantes.

Ablation des fils profonds au sixième jour, et des fils superficiels au neuvième jour.

Sort guérie le 4 août.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Ablation classique d'un appendice plongeant dans le bassin, chez une petite fille. — Lever au onzième jour. — Sortie au quinzième.

W... Marcelle, huit ans et demi.

Rien de particulier dans ses antécédents.

A eu une crise d'appendicite, soignée en ville, en août 1912.

Entre le 27 septembre 1912 à la maison de Nanterre pour y être opérée.

La palpation réveille encore un peu de douleur au point de Mac Burney.

Apyrexie, bon état général.

1er octobre 1912. — *Opération.* — Incision de Pfannenstiel de 7 centimètres.

Appendice long plongeant dans le bassin, peu adhérent. Section et enfouissement.

Suites opératoires excellentes.

Ablation des fils au huitième jour.

Lever au onzième jour. Sortie au quinzième jour.

OBSERVATION V (Personnelle).

Salpingectomie gauche. — Ablation de l'appendice très long adhérent au côlon ascendant et remontant vers le foie.

M... Jeanne, trente ans.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans.

Pas de grossesse.

Il y a dix-huit mois commence à souffrir par intermittences du côté gauche de l'hypogastre.

Règles irrégulières et douloureuses.

Entre à la maison de Nanterre le 1er août.

Examen. — La palpation profonde réveille de la douleur dans le côté gauche du centre.

Par le toucher, on constate un utérus en rétroversion et de la salpingité gauche.

Apyrexie, état général assez bon.

Opération. — Le 10 août 1912. Incision de Pfannenstiel.

L'utérus en rétroversion est redressé.

La trompe et l'ovaire gauches gros et rouges sont extirpés.

L'appendice est très long, adhérent au côlon ascendant. Il se dirige en haut du côté du foie sous lequel il s'insinue. Libération des adhérences aux ciseaux. Ligature par points séparés des petits vaisseaux allant de l'extrémité de l'appendice à l'intestin.

Section de l'appendice et péritonalisation.

Fermeture sans drain.

Suites opératoires excellentes.

Sort guérie le 31 août 1912.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Appendicite chronique. — Lésions graves de l'appendice. — Salpingite droite tuberculeuse non diagnostiquée.

F... Blanche, vingt-neuf ans.

Entrée le 13 mars 1912.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Nombreuses bronchites depuis l'âge de trois ans.

Réglée irrégulièrement à quinze ans.

En 1901, grossesse à terme, enfant mort en bas âge de méningite.

En 1902, plusieurs hémoptysies peu abondantes et signes d'infiltration bacillaire du sommet droit ; fausse couche d'un mois.

En 1903, accouchement à terme d'un enfant mort à six semaines de méningite.

En 1906, accouchement à terme d'un troisième enfant mort à l'âge de quinze jours.

En 1908, accouchement à terme d'un quatrième enfant vivant mais très rachitique.

En 1909, fausse couche de trois mois.

Depuis 1903, souffre du côté droit surtout avant et après les règles qui sont régulières. Ces douleurs ayant augmenté d'intensité et de fréquence principalement depuis un an, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Constipation habituelle alternant avec débâcles pendant lesquelles sont expulsés des oxyures.

Examen :

Palper. — Ventre souple, pas de défense.

Douleur nette au point de Mac Burney.

Toucher. — Col gros regardant en haut et en avant non perméable.

C. S. A. Libre.

C. S. L. D. Annexes perceptibles non douloureuses.

C. S. L. G. Un peu d'empâtement non douloureux.

C. S. P. On sent le corps utérin fixé en rétroflexion.

Diagnostic. — Appendicite.

Lésions annexielles ? adhérences fixant l'utérus.

Auscultation. — Lésions bacillaires anciennes du sommet droit.

Opération le 13 mars 1912. — Incision de Pfannenstiel. Liquide citrin dans le péritoine.

Ovaire gauche, gros, sclérokystique, ponctionné au thermocautère.

Ovaire droit congestionné, adhérent à la paroi profonde. La trompe est rouge, sinueuse et présente des granulations tuberculeuses.

On pratique l'ablation de la trompe et de l'ovaire droits.

L'appendice rétro-cæcal est adhérent, son méso est trés court, ce qui en rend la libération difficile. Section de l'appendicite et enfouissement.

Fermeture sans drain.

Examen des pièces. — L'appendice contient du pus dans sa partie terminale et est oblitéré à la partie moyenne.

L'ovaire droit est polykystique et présente ainsi que la trompe des granulations tuberculeuses.

Suites opératoires. — Ascension de température au troisième jour (39 degrés) puis la température revient à la normale le lendemain pour ne plus dépasser 37°6.

Sort guérie le 15 avril 1912.

Revue le 24 mai 1913. Cicatrice absolument invisible. Métrite du col.

OBSERVATION VII (Personnelle.)

Ablation, au cours d'une appendicectomie, d'un kyste parovarien non diagnostiqué.

T.., Clémentine, quarante-trois ans.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Réglée à quinze ans.

A vingt-trois ans : accouchement à terme d'un enfant mort.

Vingt-quatre ans : accouchement à terme d'un garçon bien portant.

Vingt-six ans : garçon bien portant.

Trente ans : fille bien portante.

A toujours été bien réglée, dernières règles 1er janvier 1913.

Constipation habituelle.

Histoire de la maladie. — Le 16 janvier est prise brusquement d'une douleur vive dans le ventre, surtout à droite ; a un malaise qui provoque perte de connaissance. Entre à la maison de Nanterre le jour même.

Examen. — Ventre douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite. Un peu de défense musculaire à ce niveau.

Température : 37°9 le premier jour, apyrexie les jours suivants.

Toucher : utérus un peu volumineux.

Culs-de-sac libres et non douloureux.

Opération le 24 janvier.

Incision de Pfannenstiel.

On aperçoit immédiatement au niveau des annexes droites un kyste parovarien du volume d'un œuf de dinde autour duquel s'enroule la trompe.

Ablation du kyste et de la partie de la trompe qui l'enveloppe. Réfection du pavillon.

Appendice rétro-colique très adhérent à la paroi postérieure. Extrémité remontant vers le foie retenu par une bride courte sectionnée aux ciseaux. Appendicectomie, enfouissement.

Fermeture.

Suites opératoires. — Très simples. Lever au douzième jour, sortie au vingtième jour.

Pièces : appendice scléreux étranglé à sa base.

OBSERVATION VIII

(Observation communiquée par le Dr Marcel Sénéchal.)

Appendicectomie chez une jeune fille. — Kystes paro-variens et paratubaires non diagnostiqués

Mlle C..., dentiste, vingt-trois ans.

Envoyée par le Dr Larochas, de Houilles. Cette jeune fille fut traitée par lui un mois et demi auparavant pour une crise d'appendicite aiguë.

Examen. — La palpation réveille une douleur assez vive au point de Mac-Burney. Il existe à ce niveau un peu de défense musculaire.

Le toucher vaginal n'est pas effectué, la jeune fille étant vierge. Les règles sont très douloureuses.

On décide d'attendre quinze jours avant de pratiquer l'intervention.

Opération. — Celle-ci a lieu le 8 décembre 1913 dans une maison de santé à Neuilly :

Incision de Pfannenstiel de 7 centimètres.

Découverte aisée de l'appendice rétro-cæcal assez long, très adhérent, étranglé à sa partie moyenne.

Ablation et enfouissement du moignon.

En se reportant vers le petit bassin, on constate que les deux ovaires sont très volumineux et scléro-kystiques.

Kystes paro-variens, kystes paratubaires.

La trompe gauche est coudée à angle aigu et maintenue dans cette position par une bride péritonéale. L'utérus est en rétroversion.

Traitement des kystes au thermo-cautère.

Résection de la bride péritonéale : la trompe peut alors jouer librement.

Hystéropexie par trois points au catgut.

Fermeture par le procédé habituel.

Suites opératoires très bonnes, sort guérie au douzième jour.

CONCLUSIONS

L'incision transversale de Pfannenstiel est la seule qui réunisse les trois qualités suivantes :

1° Visibilité et facilité d'accès de toute la région abdominale située au-dessous de l'ombilic ;

2° Solidité de la cicatrice ;

3° Esthétique.

Par la voie transversale, la recherche et la libération de l'appendice se font sous le contrôle de la vue ; l'isolement facile du foyer appendiculaire rend efficace la protection des autres organes abdominaux. L'opération présente donc, dans ce cas, le maximum de sécurité.

De plus, l'exploration méthodique du bassin, au cours de l'appendicectomie chez la femme, y fait fréquemment découvrir des lésions dont l'existence n'a pu être révélée par le seul examen clinique. Non seulement l'incision de Pfannenstiel rend cette exploration facile, mais elle permet, dans tous les cas, de procéder avec aisance à toutes les interventions

gynécologiques qu'on peut être amené à pratiquer en même temps que l'appendicectomie.

Enfin les malades bénéficient d'une cicatrice très solide et peu visible.

Vu : le Président de la thèse,
LEJARS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Abel (G.). — Ueber Bauchnaht u. Bauchnarbenbruche (Arch. f. Gyn., 1898, Bd. LVI, p. 656-750).

Abel (K.). — Zur Technik der laparotomie (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XXIX, p. 557).

Barnsby. — Appendicite et salpingite. Thèse de Paris, 1898.

Battle (William-Henry). — The surgery of the diseases of the appendix vermiformis and their complications, 1904.

— Clinical lectures on the acute abdomen, 1911.

— Earlxy operation in inflammation of the appendix (Clin. S. London, 1911-1912, XXXIX, p. 241-246).

Béra. — Appendicite. Complications post-opératoires et éloignées. Conséquences thérapeutiques. Thèse de Paris, 1900-1901.

Bertner (Oscar). — Suprasymphys. Bogenschn. u. Rapin-Küstner (Zentralbl. f. Gyn., 1902, p. 777-779).

— Suprasymphys. Fascienquerch. u. Pfannenstiel (Zentralbl. f. Gyn., 1902, p. 793-796).

Bouquerel. — Soixante-douze appendicites opérées à l'hôpital Saint-Antoine. Thèse de Paris, 1903-1904.

Brisset (Léon). — Les Procédés opératoires dans l'appendicite à froid. Thèse de Paris, 1911. Rousset.

Bumm. — Kaiserschnitt und Suprasymphys. Schnitt (Gesell. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin; Zentralbl. f. Gyn. 1908, p. 1395).

Cazin. — Des avantages de la laparotomie médiane pour pratiquer l'appendicectomie (XXIe Congrès de Chirurgie, 1908).

Chapan. — Soixante-deux cas d'appendicite opérés. Thèse de Paris, 1900-1901.

Coryllos (Pol). — L'Incision transversale sus-pubienne en gynécologie ; quelques modifications de la technique opératoire ; étude des indications et statistiques (Rev. de Gyn. et de Chir. abd., n° 4, 1911).

Chavannaz. — XX^e Congrès de Chir. (Revue de Gyn. et de Chir. abd., 1907).

Daniel (Berthold). — Ueber die suprasymphys.Fascienquersch. u. Pfannenstiel (Zentralbl. f. Gyn., 1902, p. 390-395).

Dartigues. — De l'incision cruciale et de la suture transversale, etc. (Presse médicale, 4 obtobre 1899).

— La Laparotomie en gynécologie (Revue de Gyn. et de Chir. abd., 1906, p. 771-819).

— La Laparotomie médiane sous-ombilicale pour l'appendicite à froid chez la femme (Paris chirurgical, 1909).

Doderlein. — Württemburg geb. Gyn. Gesell., juillet 1904 (Zentralbl. f. Gyn., 1904, p. 1165).

— Bericht. über die Verhandl. d. II Versamml.d. deutsch. Gesell. f. Gyn. in Kiel, juin 1905).

Fallenberg. — Ueber d. suprasymphys. Bogenschnitt u. Küstner (Zentralbl. f. Gyn., 1902, p. 385-390).

— Zu Vermeid. d. Hæmatombild. u. Küstner's suprasymphys. Kreuzsch., etc. (München med. Woch., 1903, n° 2).

Fraipont. — Die Laparot. vermitt. d. suprasymphys. Quersch. u. Pfannenstiel. Liége, Faust-Truyen, 1907.

Guennoc (Le). — Contribution à l'étude de la laparotomie par le procédé de Pfannenstiel. Thèse de Bordeaux, 1906.

Goeau (Jean-Jacques). — Des avantages de l'incision transvervale dans l'appendicite à froid. Bordeaux, 1911. Barthélemy et Clèdes.

Heil. — Zur Vermeid d. Hæmatombild. Kustner's suprasymphys. Kreuzschnitt (München med. Woch., 1902, n° 45).

Heleted. — 50 Fælle von suprasymphys. Fascienquerschn. u. Pfannenstiel (Zentralbl. f. Gyn., 1908, p. 248-250).

Himmelfarb. — Ueber die suprasymphys. Fascienquerschn. u. Pfannenstiel bei Laparotomie (II^e Congrès des accoucheurs et des gyn. russes. Moscou, 1907).

HESSEL. — Ueber die suprasymphys. Fascienquerschn. u. Pfannenstiel (Inaug. Diss., Kreuznach, 1905).

KÖNIG. — Quelques cas de laparotomies par le procédé de Pfannenstiel (Rev. méd. de la Suisse romande, 1904, n° 7).

— XII[e] Deutsch. Gyn. Kongr. z. Desden, 1907.

— Ueber Fascienquerschnitt z. Eröffn. d. Abd. (Zentralbl. f. Gyn., 1903).

KUSTNER. — Die suprasymph. schnitte, eine Meth. d. cœliotomie, etc. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1903, p. 402-408).

KUHNE. — Ueber die suprasymphys. Kreuzsch. u. Küstner (Zentralbl. f. Gyn., 1901).

LATROUCHE. — De l'incision transversale basse sus-pubienne et de la technique opératoire de Pfannenstiel. Thèse de Bordeaux, 1908.

LŒWENHARD. — L'Appendicite chez la femme. Thèse de Paris, 1903-1904.

LEGUEU. — De l'appendicite en gynécologie, mars 1911.

MARY. — Appendicites et affections utéro-annexielles. Thèse, 1902-1903.

MENGE. — Ueber suprasymph. Fascienquerschn. (Gesell. f. Geb. u. Gyn. zu. Leipzig, 1903).

— Ueber d. suprasymph. Fascienquerschn. u. Pfannenstiel (Monatschr. f. Geb. u. Gyn., B. XVII, H. 6).

NAUDET. — De l'incision cruciale, etc. Paris, 1900. G. Steinheil.

PICQUÉ. — De l'éventration consécutive aux opérations pratiquées dans l'appendicite à chaud (Bull. et Mém. Soc. chir. Paris, 1912, n° 38, p. 33-56).

PFANNENSTIEL. — Ueber die Vorth. des suprasymph. Fascienquersch. f. die Gynæk Köliot (Samml. Klin. Vorth. Gyn., 1900, n° 97).

— Veitere Erfahrungen über die suprasymph. Fascienquersch (Zentral. f. Gyn., 1901, p. 731).

— Bericht über die Verhandl. den Versamm. der Deutsch (Gesells. f. Gyn. in Giefsen, mai 1901).

— XII[e] Deutsch. Gyn. Congress zu Dresden, 1907.

Pollosson. — De l'incision transversale, etc. (Lyon médical, 1906, n° 10. Revue de Chir. et de Gyn. abd., 1906).

Rapui. — Incision esthétique (C. R. du Congrès périodique intern. de Gyn., 2e vol., p. 61).

Reymond (Émile). — Des avantages de la laparotomie médiane pour pratiquer l'appendicectomie (C. R. du XXIe Congrès de l'Ass. française de chir., 1908).

Von Rosthern. — De l'appendicite et des affections gynécologiques (Journal de Gynécologie. Berlin, septembre 1909).

Rousseau. — Les Incisions et sutures esthétiques en chirurgie abdominale et gynécologie. Thèse de Paris, 1903.

Schauta. — Fall von suprasymph. Kreuzsch (Zentral. f. Gyn., 1901, p. 1344).

— Milzextirp. während. d. Schwangerschn (Zentral. f. Gyn., 1906, p. 725).

— Ueber die Fascienquerschn., etc. (Zentral. f. Gyn., 1908, p. 1221).

Schmidt. — Ein fall. von suprasymph. Kreuzschn (Zentral. f. Gyn., 1901, p. 1344).

Sénéchal (Marcel). — C. R. Société médicale du XVIIe arr., 26 oct. 1912.

— Gazette médicale de Paris, 21 mai 1913.

— C. R. Soc. méd. du XVIIe arr., nov. 1913.

Sénéchal et Engel. — Gazette médicale de Paris, 13 mars 1912.

— L'Incision de Pfannenstiel, etc. (Gazette des hôpitaux, 7 juin 1913).

— L'Esthétique en chirurgie abdominale (Tablettes médicales mobiles des 16 septembre et 1er octobre 1913).

Stimson. — The combined transverse and longitud. incis. in lapar. (Annals of Surgery, 1904, n° 140).

Verchère. — Laparotomie médiane (Paris chirurgical, 1909).

Vertes (Oscar). — Ueber die suprasympl. Querschn. (Zentral. Gyn., 1904, p. 114).

Van der Velde. — Die Bogensch. u. Rapin-Kustn. b. Lapar. (Zentral. f. Gyn., 1905, p. 223).

Traités

Poirier. — Traité d'Anatomie humaine.
Faure (J.-L.) et Sirédey. — Traité de Gynécologie, p. 628-630.
Hartmann. — Gynécologie opératoire, p. 294 et suiv.
Jalaguier. — Traité de Chirurgie Duplay et Reclus, t. VI p. 687 et suiv.

Imp de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2431-14